Deutscher Bundestag **Drucksache 17/9059**

17. Wahlperiode 21. 03. 2012

Antrag

der Abgeordneten Bärbel Bas, Angelika Graf (Rosenheim), Dr. Marlies Volkmer, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Dr. Edgar Franke, Iris Gleicke, Ute Kumpf, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Caren Marks, Hilde Mattheis, Thomas Oppermann, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann, Marlene Rupprecht (Tuchenbach), Dr. Frank-Walter Steinmeier und der Fraktion der SPD

Kinder- und Jugendgesundheit: Ungleichheiten beseitigen – Versorgungslücken schließen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zeigt ein uneinheitliches Bild. Zwar hat sich bundesweit die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen über die letzten Jahre stetig verbessert und befindet sich im weltweiten Vergleich auf einem hohen Niveau. Dennoch identifizierten der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, das Robert Koch-Institut 2006 (Kinder- und Jugendsurvey) und der 13. Kinder- und Jugendbericht eindeutige Schwachstellen in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. So entstehen durch die bereits im Kindesalter auftretende deutliche Verschiebung des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen und von physischen zu psychischen Erkrankungen und der neuen sogenannten pädiatrischen Morbidität (die Häufung von Motorik- und Sprechstörungen im Kindesalter), ernsthafte Versorgungslücken. Zudem beeinflusst die soziale Herkunft, mehr noch als bei Erwachsenen, die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen.

Um diesen Herausforderungen wirkungsvoll entgegenzutreten, gilt es, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, gezielt zu fördern und die Eltern bei der Erziehung ihrer Kinder zu einem eigenverantwortlichen gesundheitlichen Handeln zu unterstützen, wie es die Fraktion der SPD in ihren Anträgen (Bundestagsdrucksachen 17/3178; 17/5384) fordert. Von Krankheit betroffene Kinder und Jugendliche haben darüber hinaus Anspruch auf eine altersgerechte medizinische Versorgung. An eben diesen zielgruppenspezifisch ausgerichteten Behandlungsangeboten besteht aber leider immer noch ein gravierender Mangel. Gerade erkrankte Kinder und Jugendliche können von einer auf ihre speziellen Bedürfnisse angepassten Therapie entscheidend profitieren, da sie erheblich zu einer uneingeschränkten Teilhabe an der Gesellschaft und zur späteren Erwerbstätigkeit beitragen kann. Aus diesem Grund müssen wir die kindergerechte Versorgung deutlich stärken.

Ein wichtiger Baustein auf diesem Weg sind Sozialpädiatrische Zentren und die Komplexleistung der Frühförderung. Letztere soll mittels heilpädagogisch-psychologischer und medizinisch-therapeutischer Leistungen eine drohende Behin-

derung abwenden oder eine bestehende Behinderung vor Schuleintritt abmildern. Die interdisziplinäre Ausrichtung dieser Leistung stellt die Rehabilitationsträger noch immer vor die große Herausforderung abgestimmter bedarfsgerechter Leistungen. Zudem wird die Leistung noch immer nicht flächendeckend in gleicher Qualität angeboten. Diesem Umstand muss durch intensive Wirkungsforschung und die Festlegung von verbindlichen Richtlinien und Fristen abgeholfen werden.

Kindergesundheit zählt bislang leider nicht zu den Schwerpunkten der derzeitigen Bundesregierung. Bis 2009 hat das Bundesministerium für Gesundheit gesundheitliche Chancengleichheit aller Kinder und Jugendlichen mit dem „Nationalen Aktionsplan für ein kindergerechtes Deutschland“ und der „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ gefördert. Seitdem lässt die Bundesregierung die erfolgreichen Initiativen auslaufen und entwickelt vielversprechende Ansätze nicht weiter. Parallel fährt die Bundesregierung die Haushaltsmittel zur Förderung der Kindergesundheit kontinuierlich zurück. So standen 2010 noch 1,4 Mio. Euro zur Verfügung, 2012 sind es nur noch 650 000 Euro. Dabei besteht nach wie vor in vielen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung, vor allem in der Behandlung von kranken Kindern und Jugendlichen, ein erheblicher Verbesserungs- und Regelungsbedarf, der endlich in Angriff genommen werden muss. Auch wenn eine stärkere Investition in die Gesundheit einer älter werdenden Gesellschaft die richtige Reaktion auf den sich vollziehenden demografischen Wandel ist, darf das Haushaltsbudget bei gleichbleibenden Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen nicht beschnitten werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. Versorgungskonzepte für Kinder und Jugendliche an den Bedürfnissen der Kindergesundheit auszurichten und die Kriterien für eine altersdifferente Gesundheitspolitik zu formulieren. Bei allen Maßnahmen müssen die besonderen Belange von Kindern mit Behinderung berücksichtigt werden. Im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention muss die Inklusion aller Kinder und Jugendlichen Ziel der Kindergesundheitspolitik sein. Unter Einbeziehung bereits bestehender „Good-Practice“-Beispiele muss die gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen bundesweit zielgruppenspezifisch ausgebaut werden. Dazu bedarf es folgender Maßnahmen:
   a) einer Stärkung der Position der Kinderärztinnen und Kinderärzte als Erstversorger von Kindern und Jugendlichen durch ihre Integration in bestehende Verträge der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V);
   b) einer dem Wandel des Krankheitsspektrums entsprechenden Anpassung und Ausweitung von Disease-Managementprogrammen (z. B. auf Entwicklungs- und Verhaltensstörungen). Diese sollen eine bereichsübergreifende Behandlung und vernetzte Zusammenarbeit im Sinne einer integrierten Versorgung flächendeckend sicherstellen und begleitend evaluiert werden. Dafür muss die Bundesregierung Anreize schaffen;
   c) der Prüfung, ob die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Kinderkrankenpflege mit einer verbindlichen Fachkraftquote für Kinderkrankenpflegerinnen und Kinderkrankenpfleger gesichert werden sollte;
   d) der konsequenten Umsetzung der gesetzlichen Regelungen für die Hospiz- und Palliativversorgung für Kinder und Jugendliche (insbesondere die §§ 39a und 132d SGB V) sowie eine bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgung;

e) der Sicherstellung, dass die bestehenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses flächendeckend und dauerhaft umgesetzt werden, durch Vergabe eines Monitoring-Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss;

f) der Einrichtung von Navigationshilfen und der Sicherstellung von transparenten Bewilligungsverfahren bei den Rehabilitationsträgern, um den Zugang für alle und besonders sozial benachteiligte Familien zu Maßnahmen der Rehabilitation zu gewährleisten. Die Bundesregierung hat darauf gemeinsam mit den beteiligten Akteuren hinzuwirken. Es ist zu prüfen, inwieweit Hilfe und Beratung z. B. auch durch ein „Lotsenmodell" geleistet werden kann (vgl. Abschlussbericht „Runder Tisch sexueller Missbrauch");

g) der Klarstellung, dass alle medizinischen Berufsgruppen, die regelmäßig mit Kindern und Jugendlichen Kontakt haben, in der Pflicht stehen, sich entsprechend den spezifischen pädiatrischen Bedarfen fort- und weiterzubilden. Die Bundesregierung hat darauf gemeinsam mit den Ländern hinzuwirken. Bei der Fort- und Weiterbildung müssen das richtige Erkennen und angemessene Reagieren bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung stärker berücksichtigt werden;

h) der Angleichung der Ausbildungsvoraussetzungen für die Ausübung von Kinder- und Jugendpsychiatrie an die der Erwachsenenpsychiatrie;

2. Kindergesundheitspolitik als eine nationale Aufgabe anzuerkennen. Bund und Länder müssen schnittstellenübergreifend zusammenarbeiten, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit präventiven, kurativen, rehabilitativen und palliativen Angeboten flächendeckend und nachhaltig sicherzustellen. Hierzu müssen:

a) im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit unter dem Titel „Förderung der Kindergesundheit" ausreichend Mittel, aber mindestens auf dem Niveau von 2010, eingestellt werden, so dass die Finanzierung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen langfristig gesichert ist;

b) die nationale Kindergesundheitspolitik koordiniert und gemeinsame verpflichtende Gesundheitsziele formuliert werden (im Sinne von „Health in all Policies", Weltgesundheitsorganisation Ottawa 1986). Diese Aufgabe muss einer bewährten Instanz wie z. B. der Plattform „gesundheitsziel.de" übertragen werden;

c) eine nationale Präventionsstrategie entwickelt und Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule neben Kuration, Pflege und Rehabilitation etabliert werden. Hierbei sind neben Bund, Ländern und Kommunen sämtliche Akteure des Gesundheitswesens und des öffentlichen Gesundheitsdienstes einzubeziehen, um eine gezieltere und verstärkte Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne vom Kindes- und Jugendalter an zu erreichen und der neuen pädiatrischen Morbidität aktiv vorzubeugen;

d) niedrigschwellige präventive Leistungen im Setting und eine ziel- und zielgruppenorientierten Ansprache gefördert werden, die die individuelle gesundheitliche Belastung im Lebensumfeld der Kinder erfasst und Vorschläge für eine verbesserte Lebensraumgestaltung z. B. für Kitas, Schulen aufzeigt;

e) Maßnahmen getroffen werden, um eine ausreichende Versorgung mit Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten sicherzustellen;

f) Möglichkeiten zur frühzeitigen psychotherapeutischen Behandlung und Beratung durch psychotherapeutische Krisenintervention und die Einbeziehung von Angehörigen (Elterntraining) im Rahmen der integrierten Versorgung müssen ausgebaut werden;

g) bedarfsgerechte Angebote für Betroffene von sexuellem Missbrauch geschaffen werden;

h) schnellstmöglich die bestehenden Abstimmungsprobleme im Bereich der Komplexleistung Frühförderung identifiziert und angegangen werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine flächendeckende Leistungserbringung aktiv zu befördern;

3. die Kindergesundheit in den Fokus wissenschaftlicher Forschung zu rücken und die Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche zu stärken. Dazu bedarf es:

a) einer Ausweitung der Versorgungsforschung im Feld der Kinder- und Jugendgesundheit;

b) der verpflichtenden Einführung von Maßnahmen zu Risikomanagement und Dokumentation beim Einsatz von „Off-label"-Medikamenten bei Kindern;

c) der Einrichtung einer zentralen Stelle zur methodischen Beratung bei der Konzeption geplanter Forschungsvorhaben und zur Koordination eines geplanten Netzwerkes für Arzneimittelstudien mit Kindern und Jugendlichen;

d) der Veröffentlichung aller klinischen Studien für Arzneimittel, Medizinprodukte oder nicht medikamentöser Verfahren sowie der zugehörigen Studienergebnisse im Deutschen Register Klinischer Studien in Freiburg;

e) des Aufbaus eines Kompetenznetzes für Forschung und Kooperation im Bereich Kindergesundheit, das auch die Schnittstellenproblematik der medizinischen Versorgung am Übergangsprozess chronisch kranker Patienten vom Kindes- ins Erwachsenenalter in den Fokus der wissenschaftlichen Betrachtung stellt.

Berlin, den 21. März 2012

Dr. Frank-Walter Steinmeier und Fraktion

Begründung

Zu Abschnitt II Nummer 1

Die Erhaltung und Wiederherstellung von Kindergesundheit hängt maßgeblich von den auf die speziellen Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ausgerichteten Strukturen ab. Auf ambulanter und stationärer Ebene ist es deswegen notwendig, einen geeigneten Rahmen zu schaffen, der eine kindergerechte Behandlung ermöglicht. Voraussetzung dafür ist – neben der ständigen Weiterbildung von Pädiaterinnen und Pädiatern – auch die Stärkung ihrer Position als Erstversorger für Kinder und Jugendliche. In vielen Fällen werden Pädiaterinnen und Pädiater nur einseitig als Fachärzte wahrgenommen, weshalb die Anzahl der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, in denen neben den Hausärzten auch Pädiater integriert sind, gering ist. Daher gilt es, Pädiaterinnen und Pädiater durch die Krankenkassen stärker in bestehende Verträge zur hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V einzubinden.

Des Weiteren müssen für eine kindergerechte Behandlung ausreichend spezialisierte Fachkräfte für Kinderkrankenpflege vorhanden sein. Gerade die DRG-Einführung (DRG: Diagnosis Related Groups) hat gezeigt, dass solche qualifizierten Kräfte gebraucht werden. Ein Mangel an spezialisierten Fachkräften provoziert Behandlungsfehler und führt zu höheren Kosten im Gesundheitssystem. Um dem besonderen Bedarf von Kindern und Jugendlichen nach spezifischer individueller Betreuung dauerhaft Rechnung tragen zu können, sollte die Einführung einer „Fachkraftquote“ für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der ambulanten und stationären pädiatrischen Versorgung geprüft werden. Wichtig erscheinen im Sinne einer ganzheitlichen Kinder- und Jugendgesundheit, neben der geforderten fachlichen Fort- und Weiterbildung der medizinischen Fachkräfte, auch deren fundierte Kenntnisse über den Schutz des Kinderwohls. Aus diesem Grund muss die Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften am Kindeswohl ausgerichtet werden und Inhalte wie die Diagnostik von Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung sowie die multiprofessionelle Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe umfassen.

Kinder und Jugendliche sind eine wichtige gesundheitspolitische Zielgruppe. Die Qualität ihrer gesundheitlichen Versorgung muss gewährleistet sein. Als zentrale Problemfelder erweisen sich hier eine mangelnde praktische Ausgestaltung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), z. B. der Kinderrichtlinie (Neugeborenen Hörscreening) und des fehlenden Angebots an hausarztzentrierten Verträgen durch Kinderärztinnen und Kinderärzte nach § 73b SGB V. Wegen ihrer qualitativen Bedeutung für die Versorgung, muss jedoch eine flächendeckende und dauerhafte Umsetzung der GBA-Richtlinien ebenso wie ein der pädiatrischen Zielgruppe entsprechendes Angebot, an spezifisch ausgestalteten hausarztzentrierten Verträge sichergestellt werden.

Erkrankte Kinder und Jugendliche haben ein Anrecht auf ambulante wie stationäre Rehabilitation. Der Zugang zu stationären Rehabilitationsmaßnahmen muss allen Kindern gleichermaßen offenstehen und darf nicht durch unnötige Hürden verbaut sein. Mit der Einführung eines transparenten Genehmigungsverfahrens soll den antragstellenden Familien ein einfacher und für alle Beteiligten durchschaubarer Weg zum Erhalt der Reha-Maßnahme ermöglicht werden. Darüber hinaus muss dem Missbrauch der Kinderrehabilitation als Wettbewerbsventil der Krankenkassen vorgebeugt werden. Kindergesundheit darf keine Frage der finanziellen Mittel und der Bildung der Eltern sein. Aus diesem Grund sollten vor allem sozial benachteiligte Familien durch die Rehabilitationsträger im Antragsprozess unterstützt werden.

Neben der kurativen Versorgung darf auch die Versorgung mit Palliativ- und Hospizleistungen nicht aus dem Sichtfeld der Bundesregierung geraten. Eine bedarfsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die wegen angeborenen gesundheitlichen Schäden oder Krebserkrankungen auf eine frühzeitige Versorgung mit Palliativ- und Hospizleistungen angewiesen sind, muss flächendeckend sichergestellt werden. Auch, wenn es vereinzelt bereits Beispiele mit Vorbildfunktion gibt – reicht dies für eine überregionale bedarfsgerechte Versorgung nicht aus. Zu einer bedarfsgerechten Versorgung nach den Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen gehört auch, die konsequente Umsetzung der vom Gesetzgeber in der letzten Legislaturperiode verabschiedeten gesetzlichen Regelungen (insbesondere die §§ 39a und 132d SGB V) weiter konsequent voranzutreiben.

Zu Abschnitt II Nummer 2

Die Halbierung der Haushaltsmittel für die Förderung der Kindergesundheit im derzeit vorliegenden Entwurf des Haushaltsplans 2012 zeigt, dass der Bundesregierung jeder politische Wille fehlt, die Entwicklung in diesem Bereich voranzubringen. Ein Beweis dafür ist auch, dass die derzeitige Finanzierung von Kin-

dergesundheit nicht über eine Förderung auslaufender Projekt durch die Bundesregierung hinausgeht. Bei nachgewiesenen gleichbleibenden Fallzahlen an erkrankten Kindern und Jugendlichen ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum das Budget für Kindergesundheit gekürzt wird. Das Haushaltsbudget für Kindergesundheit muss weiterhin stabil bleiben und darf die Rechte der Kinder und Jugendlichen auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung nicht beschneiden (Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention).

Weiterhin muss Kindergesundheit dringend als gemeinsame Querschnittsaufgabe von Bund und Ländern begriffen werden. Dabei müssen Prävention und Gesundheitsförderung systematisch in die bestehende Gesundheitsversorgung von Kinder und Jugendlichen eingebunden werden. Abgrenzungs- und Kooperationsprobleme, die zwischen den politischen Ressorts bestehen, sind zu identifizieren und zu beheben. Die Ausführung dieser Aufgaben und die Formulierung von gemeinsamen Gesundheitszielen könnte einer bewährten Plattform wie z. B. „gesundheitsziele.de“ übertragen werden. Beispiele guter Praxis, wie sie in den einzelnen Modellregionen zu finden sind, müssen auf diesem Weg öffentlich und damit bundesweit zugänglich gemacht werden. Besonderes Augenmerk gilt dabei dem Übergang zwischen Kindes- und Erwachsenenalter (siehe auch Antrag der Fraktion der SPD „Potenziale der Prävention erkennen und nutzen – Prävention und Gesundheitsförderung über die gesamte Lebensspanne stärken“, Bundestagsdrucksache 17/5384).

Dafür muss die Versorgung mit frühen Hilfen im Rahmen der Komplexleistung Frühförderung flächendeckend und in hoher Qualität erfolgen. Die Rehabilitationsträger müssen klare Richtlinien und Fristen für die Umsetzung der Leistung entwickeln und einhalten, damit die Einrichtungen in allen Bundesländern in der Lage sind, die Leistung auch tatsächlich als qualitativ hochwertige Komplexleistung zu erbringen. Bund und Länder sind aufgefordert, gemeinsam die gesetzmäßige Ausführung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (§ 30 SGB IX) und der Frühförderungsverordnung zu befördern, damit Kinder und Jugendliche von Beginn an eine optimale und bedarfsgerechte Versorgung über die Grenzen der einzelnen Leistungsbereiche medizinische Therapie und Sozialpädagogik hinweg erhalten.

Eine globale, der nationalen Kindergesundheitspolitik zugrunde liegende Strategie, soll neben den erkrankten Kindern und Jugendlichen auch die im Patientenumfeld befindlichen mit betroffenen Angehörigen identifizieren und von Anfang an in die Therapie einbeziehen (z. B. Elterntraining). Eine länderübergreifende Kindergesundheitspolitik kann gezielt gesundheitlicher Chancenungleichheit vorbeugen. Zu diesem Zweck sollte der öffentliche Gesundheitsdienst (wieder) ausgebaut und Navigationshilfen nach dem Vorbild der Lotsen, wie sie im Abschlussbericht des „Runden Tisches sexueller Missbrauch“ vorgeschlagen wurden, bereitgestellt werden. Diese Lotsen würden die Funktion einer ersten zentralen Anlaufstelle übernehmen und einen Überblick darüber geben, welche Leistungen es gibt, für wen sie passen und wie sie zu erhalten sind. Außerdem sollten sie den Kontakt zu einer Beratungsstelle vor Ort vermitteln können, die intensiver beraten und beim Ausfüllen der Anträge assistieren kann.

Nur durch eine Strategie, welche diese Maßnahmen beinhaltet ist es möglich, angemessen auf die durch den Wandel des Krankheitsspektrums hervorgerufene Entwicklung zu reagieren und gesundheitlichen Ungleichheiten vorzubeugen.

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen schneller angestiegen als die erkrankter Erwachsener im selben Zeitraum. Diese Entwicklung führt u. a. dazu, dass Therapieplätze für Kinder und Jugendliche knapp werden. Junge Patientinnen und Patienten müssen in der Regel sechs Monate, in einigen Fällen auch über ein Jahr auf einen freien Therapieplatz warten. Darüber hinaus führt der Wandel des Krankheitsspektrums zu zeitaufwendigeren Diagnoseverfahren und bedingt eine stärkere Bedeutung der

integrierten Versorgung. Durch diese hochschwellige Verfahrensweise ist der Zugang für viele gesellschaftliche Schichten zusätzlich eingeschränkt. Daher ist es notwendig, kurzfristige Maßnahmen zur psychotherapeutischen Kriseninter- vention auszubauen, die ohne Antragsverfahren erhältlich und methodisch nicht auf die Standardverfahren festgelegt sind. Dies gilt insbesondere auch für eine bedarfsgerechte Gestaltung psychotherapeutischer Angebot für von sexuellem Missbrauch betroffene Kinder und Jugendliche.

Zu Abschnitt II Nummer 3

Im Vordergrund einer zukünftigen Kindergesundheitsstrategie muss die Ausweitung der Versorgungsforschung im Feld der Kinder- und Jugendgesundheit stehen. Vor allem vor dem Hintergrund der zukünftigen Versorgungssituation in strukturschwachen Gebieten müssen schnellstmöglich Konzepte gefunden werden, die eine medizinische und therapeutische Versorgung für diese spezielle Zielgruppe flächendeckend sicherstellen. Dafür müssen u. a. der Ausbau und die überregionale Verstetigung bereits bestehender Strukturen, wie z. B. von Versorgungs- und Sozialpädiatrischen Zentren geprüft und diese ggf. durch mobile medizinische Teams ergänzt werden.

Seit 20 Jahren verweisen Experten auf das Problem der unzureichenden Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche. So sind etwa 20 Prozent der Arzneimittelverordnungen im ambulanten und beinahe 70 Prozent der Verordnungen im stationären Bereich außerhalb („off-label“) oder ohne eine formale Zulassung („unlicensed“). Bei einem „Off-Label-Use“ treten häufiger unerwünschte Nebenwirkungen auf, die die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen gefährden. Hier sollte die Einführung eines Risiko-Managements und einer verbesserten Dokumentation des Arzneimitteleinsatzes bei Kindern ein erster Schritt sein.

Auch die Qualität in der Arzneimitteltherapie für Kinder ist verbesserungswürdig. Entsprechende Leitlinien liegen zum Teil vor (z. B. zur Therapie mit Antibiotika oder mit Psychostimulanzien bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung – ADHS). Insbesondere der Antibiotikaeinsatz für Kinder bei Erkrankungen der Atemwege muss kritisch hinterfragt werden, unter anderem auch, um der Gefahr der Ausweitung von Antibiotikaresistenzen vorzubeugen. Darüber hinaus werden dringend mehr und bessere Studien über die Wirkungen von Arzneimitteln bei Kindern und Jugendlichen benötigt. Die bisher durchgeführten Maßnahmen, wie die EU-Kinderarzneimittelverordnung von 2007, haben nur zu einer deutlichen Steigerung pädiatrischer Prüfpläne geführt, jedoch nicht zu einer Steigerung der zugelassenen Kinderarzneimittel (bisher 26). Drei Viertel der Anträge betreffen darüber hinaus Neuzulassungen von Medikamenten, nicht aber Weiterentwicklungen von generischen Altpräparaten oder bereits eingesetzten Langzeitmedikamenten.

Dass die Forschung in diesem Bereich nur langsam vorangeht, liegt auch an den noch immer unzureichenden Rahmenbedingungen: Für die Durchführung klinischer Studien mit Kindern ist gerade wegen der häufig kleineren Fallzahlen an einzelnen Studienzentren eine Netzwerkstruktur unabdingbar. Hier gilt es, das in Artikel 44 der EU-Kinderarzneimittelverordnung vorgesehene Netzwerk auf nationaler Basis zu unterstützen und nicht die bestehenden Insellösungen fortzuführen. Eine Koordinationsstelle, die auch forschende Institutionen bei der Planung ihrer Studien in methodologischen Fragen berät, wäre eine geeignete Maßnahme dies zu erreichen.

Kinder und Jugendliche dürfen nicht durch fehlende wissenschaftliche Studien von dem Nutzen neuer Therapieformen und dem wissenschaftlichen Fortschritt ausgeschlossen oder aufgrund von „Off-label“-Gefahren ausgesetzt werden.



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333